

أمراض الفقر في المجتمعات النامية

الباحثة: فيروز صولة/الباحثة: رقية خياري

مركز البحث العلمي والتقني للمناطق الجافة، بسكرة، الجزائر

الملخص:

لقد تطور ميدان بحوث الأمراض الناجمة عن الفقر تطورا ملحوظا في السنوات الأخيرة وذلك بسبب قوة انتشارها و عودة أمراض قديمة بعد أن كانت عبي على القصر المادي والتطور الطبي والتكنولوجي في العصور الماضية، وأهمها: الكوليرا، والجوع، بل الجوع حتى الموت في البلدان الأكثر فقرا. فالمرض و الفقر يرتبطان ببعضهما البعض ارتباطا وثيقا فالمرض يوفر البيئة المناسبة لانتشار الأمراض المعدية ويجول بين حصول السكان الفقراء على خدمات الوقاية و الرعاية الملائمة و في المقابل تصيب الأمراض المعدية بصورة رئيسية الفقراء كما تعتبر احد أهم أسباب الفقر .

Summary:

The field of researches of diseases caused by poverty has developed and witnessed a remarkable development in the last years, that is due to its strong spread and the returning of ancient diseases that were before a burden on the material inability and the medical and the technological progress in the past ages mainly. Cholera, hunger, starvation in the most poor countries, Somalia as an example the hard physical pains the hard physical that they cause, in addition to the server deformity and the extreme incapacity such as onchocerciasis, schistosomiasis, and lymphatic disease Alkhitatulcers, Cagas disease, Aleshmanaat disease, typhus, and kidney failure Tuberculosis, malnutrition. The sickness and poverty are extremely linked to each other since the sickness provides the suitable environment to the spread of the infectious diseases and block the poor Inhabitants from getting the precaution services and the appropriate care, in the other hand the infectious diseases touch mainly the poor people and they are considered as one of the essential causes of poverty.

تمهيد:

رغم ما حققه العالم من تقدم علمي هائل في مجال الطب والعلوم المرتبطة به و ما نتج عنه زيادة في العمر المتوقع لحياة الإنسان ونقص معدلات الوفيات بين مختلف الأعمار وخاصة الأطفال ، إلا أنه في مقابل ذلك لازالت هناك العديد من الأمراض التي كانت موجودة منذ وقت طويل حين ارتبط وجودها بالحروب والكوارث الطبيعية، والفقر، وطبعا تدني المستوى الطبي والعلاجي مقارنة ما شهده العصر الحالي من تقدم، والتي تعرف غالبا بأمراض الفقر.

فالفقر يأخذ مؤشرات عديدة أهمها المؤشر الاقتصادي والاجتماعي والصحي، فالفقراء تنتشر بينهم أمراض قد لا تعرف عند الأغنياء، فهناك أنواع من الأمراض تصيب الفئات الفقيرة دون غيرها، لتوفر العوامل المساعدة على ذلك: كسوء التغذية، انعدام الظروف الصحية، السكن، الصرف الصحي، المياه الصالحة للشرب، انعدام النظافة فاعلم أمراض الفقر ترتبط بقلة النظافة خاصة المتنقلة منها عبر المياه كالتفثويد، و الملاريا،... الخ.

ولقد نفشى بصورة كبيرة في مجتمعاتنا العربية بالرغم من أننا نعيش تطوراً ملحوظا في جميع الجوانب عامة وفي الجانب الاجتماعي خاصة، كما هو الحال في الجزائر أيضا.

ولهذا قصدنا من هذه المداخلة إعطاء صورة ولو عامة عن أمراض الفقر التي تشهد تزايدا سيما مع تفاقم حدة الفقر في السنوات الأخيرة خاصة في الدول النامية.

1. مفهوم الفقر

هناك من يعتمد في تعريفه للفقر على عيش الكفاف، كمستوى الدخل الضروري لشراء الطعام الكافي لإشباع الحاجات الغذائية لكل فرد داخل الأسرة، ويتناول تكاليف الطعام على أنها التكاليف الأساسية أو التي تمثل حد الكفاف،

والتي عندما تضاف إلى حصة الملابس الضرورية و وقود التدفئة، والإيجار ينتج عنها رقم للدخل يمكن أن يقال عنده أن الأسرة فقيرة.

ويعرف "الفقر" في أبسط صوره بأنه يمثل تلك الحالة المعيشية التي تكون نتيجة سوء التغذية والجهل والمرض والقذارة وارتفاع وفيات الأطفال وقصر العمر الافتراضي مما يجعلها أدنى من المستوى المعهود للحياة اللائقة⁽¹⁾.

عند الحديث عن الفقر والفقراء في الدول الغنية والفقيرة لا بد من تحديد مقاييس ومؤشرات للفقر في مستوى البلدان وكذلك الأفراد مع مراعاة النسبية، فالفقير في الصومال ليس هو الفقير في أمريكا الشمالية.

فالفقراء في الدول المتخلفة يعيشون في ما تسمى "بيئات الفقر" حيث يتكدس السكان بصورة لا إنسانية ويفتقرون إلى الاحتياجات الضرورية من غذاء وملبس ومسكن صحي، بالإضافة إلى انتشار الأمراض المتعلقة بالفقر كالكوليرا والسل والتفثويد....

لكن بيئات الفقر في البلدان الغنية تعد مجتمعات هامشية يتم حصرها ماديا وصحيا وفقا لديناميكية التوازن الاجتماعي.

و هناك من لخص أهم الخصائص التي تتميز بها الطبقة الفقيرة في النقاط التالية:

- ❖ انخفاض مستوى دخلها و انتشار الأمراض.
- ❖ سوء التغذية و تدهور الحالة الصحية.
- ❖ ارتفاع معدلات وفيات الأطفال.
- ❖ انخفاض المستوى التعليمي و انتشار الأمية.
- ❖ صعوبة الحصول على الوظائف.
- ❖ تدني في مستوى حالة السكن و المستوى المعيشي بصفة عامة.

صعوبة الحصول على خدمات المرافق العامة في بعض الأحيان كالمياه الصالحة للشرب , الكهرباء , الصرف الصحي .

2. مفهوم المرض

يعرف المرض بأنه حالة من التي يحدث فيها خلل إما في الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد، ومن شأنه إعاقة قدرة الفرد على مواجهة أقل الاحتياجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة⁽²⁾ .

3. ماهية أمراض الفقر

نعني بأمراض الفقر مجموعة الأمراض التي تعرف خاصة في البلدان النامية أو المتخلفة أو بلدان العالم الثالث وهي غالبا البلدان الأكثر فقرا، ولا يقتصر هذا التعريف على المجتمعات النامية أو المتخلفة بل يشمل كل الأسر والأفراد الفقيرة التي تُعرف أمراض بسبب تدني المستوى المعيشي خاص بالطبقة الفقيرة حتى في البلدان غنية أو أكثر تقدما.

حيث تثبت الدراسات أن معدلات المرض بالنسبة لأمراض معينة خاصة وغالبا الأمراض المعدية والطفيلية ترتبط بالفقر. فعلى سبيل المثال نجد أن النزلات المعوية بين الرضع، والنزلات الشعبية، والالتهابات الرئوية، والدرن من المسببات الرئيسية للوفاة بين أفراد الطبقة الاجتماعية الدنيا... الذين يعيشون في ظروف الفقر والقذارة والازدحام وغياب تدابير الصحة العامة⁽³⁾ .

في السنوات الأخيرة أصبحت الأمراض الاستوائية أكثر أهمية، خاصة وأن مثل هذه الأمراض تؤثر على الملايين من الناس سيما في المجتمعات الفقيرة وما تسببه من آلام جسدية شديدة وتشوه حاد والعجز الشديد وبعضها قاتلة للغاية ومن بين هذه الأمراض: مرض العمى النهري، البلهارسيا، وداء الخيطات اللمفاوية القرحة، مرض الشاغاس، زداء المثقيبات البشري الإفريقي، داء اليشمانيات، الداء العليقي ها المرض الخير الذي ظهر في السنوات بين 1940-

1950 والذي تم القضاء عليه تقريبا في الفترة 1960م، وقد أعيد مجددا ظهوره في أوائل سنوات الألفية الثالثة (4).

هذا وقد أفادت منظمة اليونيسيف أن سوء التغذية يمارس دورا في ما لا يقل عن نصف جميع وفيات الأطفال في العالم، وبالرغم من أنها ليست أمراض معدية إلا أنها تحصد الملايين من الأطفال خاصة ولها آثار دائمة في شكل الضعف والعجز المزمن والإعاقة الفكرية... وهي تهدد الأطفال والنساء و عائلات بأكملها .

وسوء التغذية ليس مجرد إشباع الشهية، حيث يمكن للطفل الذي يأكل ما يكفي لتهدئة جوعه لكن ينقصه المواد الكافية للنمو المتوازن والطبيعي، فسوء التغذية يمكن أن يتخذ أشكالا مختلفة ، مثل سوء التغذية بالبروتين والطاقة والاضطرابات الناجمة عن نقص المغذيات الدقيقة مثل اليود والحديد والفيتامينات خاصة الفيتامين أ، حتى تناولها بكميات قليلة قد يسبب العديد من المشاكل الخاصة بسوء التغذية.

➤ فسوء التغذية يتسبب في وفاة 12 مليون طفل دون سن الخامسة، كما يؤدي إلى 55% بصورة مباشرة أو غير مباشرة لفقر الدم، كما أنه يحصد ما بين 20%-23% من جميع الوفيات بعد الولادة في آسيا وإفريقيا. كما أن فقر الدم الذي يعوق التنمية المعرفية لدى الأطفال وخفض معدلات الذكاء بفارق خمس نقاط مقارنة مع الأطفال من الوزن العادي.

➤ كما أن نقص الفيتامين "أ" الذي يؤثر على نحو 100 مليون طفل في العالم كما انه يعتبر سبب أساسي للعمى.

➤ الإسهال الذي يحصد 2, 2 مليون طفل كل عام، وداء الحصبة الذي يكلف ما يقرب من مليون دولار سنويا.

➤ كما أثبتت الدراسات أن كثير من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية تسبب ما يقرب عن 226 مليون طفل في حالة تقزم، 67 مليون طفل يعانون من الهزل ما يعني أقل من الوزن العادي ، كما أن هناك أكثر من مليار شخص معظمهم من النساء والأطفال يعانون من نقص الحديد حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية، ونسبة 51 % من الأطفال أقل من أربع سنوات يعانون من فقر الدم.

ويرجع سوء التغذية بشكل أساسي إلى الفقر والمجاعات الحروب والكوارث الطبيعية. كما أن العنف ضد المرأة بشكل خاص يعتبر عامل أساسي من عوامل سوء التغذية لدى النساء وأطفالهن⁽⁵⁾.

➤ كما أن نساء الطبقة الدنيا أكثر عرضة للإصابة بسرطان الرحم نتيجة للزواج المبكر و تكرار عدد مرات الحمل⁽⁶⁾. هذا بالإضافة إلى الأمراض الاجتماعية مثل انتشار معدل الجريمة و الانحراف و مختلف الأمراض التناسلية التي لها علاقة بالأمراض الاجتماعية المختلفة⁽⁷⁾.

4. أمراض الفقر في المجتمعات النامية

ترتبط العديد من الدراسات بين الفقر والهامشية وسوء الأوضاع الصحية، فالجماعات الهامشية تشكل بدورها الفئات التي تعمل في القطاع غير الرسمي في الدول النامية وتفتقر للمهارات الفنية، وتعيش عادة في الأحياء المتخلفة في المدن وتضم الحشود النازحة من الريف للمدن، والنساء اللاتي يعملن نظير أجور منخفضة لإعالة أسرهن، كما تمتهن هذه الشرائح بعض المهن الشاقة كجمع القمامة، حيث تؤدي ظروف العمل و تدني الأوضاع البيئية للإصابة بالأمراض المختلفة نتيجة للإقامة في مناطق فقيرة تفتقر بدورها لأبسط الخدمات الآدمية، و هذه الظواهر ملمحا مشتركا في العديد من العواصم المكتظة بالسكان في إفريقيا وآسيا ، أين يعيش الفقراء في أكواخ وعشش تفتقر بدورها للخدمات الصحية الأساسية و تنتشر بينهم الأنيميا الحبيثة فضلا عن الأمراض الجنسية و

الأمراض العقلية... وقد أفصحت دراسة عن الشريحة التي تعمل بمهنة جمع القمامة في مدينة القاهرة عن انتشار الأمراض المختلفة بين السكان نتيجة للتلوث، حيث اتضح أن أكثر هذه الأمراض انتشارا أمراض الجهاز التنفسي، والفشل الكلوي، والسرطان.

وهناك دراسات تثبت أن هناك علاقة بين ارتفاع معدل الوفاة الخام في الدول النامية وارتفاع معدل السكان الذين تعجز دخولهم عن الوفاء بمحاجاتهم الضرورية. وهذا لا يعني أن المناطق الحضرية في الدول النامية أكثر حظا، بل أن الكثير من المساكن التي يستخدمها الفقراء في هذه الدول تعاني البنية الأساسية من صور التدني الواضح نتيجة لشدة الزحام، ويلحق ذلك بالمواصلات العامة والشوارع و شبكات المياه والصرف الصحي المتهاكلة، ومن الواضح أن نسبة كبيرة من سكان هذه المدن تحرم عادة من توفر المياه النقية، والخدمات الصحية اللازمة ويؤدي ذلك إلى تزايد الإصابة بالأمراض، يعود معظمها إلى أسباب تتعلق بالبيئة، ومن أمثلتها أمراض الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي نتيجة لتلوث مياه الشرب واختلاطه بمياه الصرف الصحي، وهي من الأسباب الرئيسية لتدهور الصحة والوفاة ولا سيما بين الأطفال.

وفي الأحياء التي يسكنها الفقراء يزداد احتمال وفاة الأم والطفل بسبب الحمل المتكرر والتي ترجع بدورها للزواج المبكر وتعدد مرات الحمل ونقص التغذية ونقص الإشراف الطبي إبان الحمل والولادة وانتشار العادات والتقاليد التي تجبر الأم على الخضوع للوصفات الشعبية والطقوس الشعائرية التي يمارسها النساء كبار السن والقابلات اللائي يفتقدن للمهارة الفنية اللازمة وسرعة التصرف في هذه الأحوال⁽⁸⁾.

5. أهم عوامل انتشار أمراض الفقر في الدول النامية

- الخلل في النظم الصحية وقصور الأداء الصحي مشكلة متعددة الجوانب، فثمة نقص مخز في التقنيات الحديثة للتشخيص والعلاج، كما أن الأمية المنتشرة تجعل من إمكانية التثقيف الصحي ضربا من المحال.
- ويصل الأمر في بعض الأحيان إلى الخواء الصحي حيث لا أدوية ولا أطباء ولا مستشفيات كما هو سائد حاليا في مناطق شاسعة من إفريقيا في التجمعات الريفية والقبلية و إلى حد أقل في آسيا وأمريكا اللاتينية.
- حركة الهجرة من الريف إلى المدن وما يصاحب ذلك في بعض الحالات من انتشار ما يسمى "بؤر الفقر الحضرية" المتسبب عن الظروف السكنية غير ملائمة ، والبطالة التي يعاني منها شخص بالغ من كل اثنين أو ثلاثة بالمدن الكبرى في أمريكا اللاتينية وإفريقيا إلى المحلل في الأسرة وترزع ظروف المعيشة مما يترتب عليه بالتالي ارتفاع معدلات الوفاة والمرض.
- تشمل البيئة التي يتخذها الإنسان لسكناه ومزاولة نشاطه الإنتاجي والتي من المفروض أن تكون تحت السيطرة الصحية الكاملة أبعد من أن تفي بأبسط الشروط الصحية نتيجة لتجاهل الحكومات أو تجاهل الأفراد، فقد تتعلل الحكومات بالتكاليف الباهظة للقضاء على حشرة من الحشرات الناقلة للأمراض أو علاج طفيلي من الطفيليات رغم الخسارة الهائلة في القوة البشرية التي تنقلها الحشرات أو التي تسببها الطفيليات. ناهيك عن توفير المياه أو الصرف الصحي والمسكن المناسب...الخ.
- التلوث البيئي في العالم الثالث: لا تقتصر المشكلات الصحية في العالم الثالث على الأمراض الناجمة عن نقص الغذاء ولا عن مشكلات رعاية الأمومة و الطفولة ولا على مقاومة الأمراض المعدية والطفيلية ولا على مشكلات إقامة البنية الأساسية لإصلاح البيئة الخاصة بمياه الشرب النقية

ولا على مكافحة الحشرات الناقلة للعدوى وإقامة هيكل مناسب للرعاية الصحية الأساسية... الخ، بل تعاني بلدان العالم الثالث بالإضافة إلى هذا كله إلى مشكلة التلوث البيئي المتعددة الأبعاد. والتلوث البيئي في البلدان العالم الثالث تختلف جذريا عن مشكلة التلوث في البلدان المتقدمة، فهو يرتبط بمستوى متخلف من التصنيع يعكس في الواقع حقيقة الاتجاه المتزايد نحو تصدير التكنولوجيا المتخلفة من البلدان المتقدمة إلى البلدان النامية.

➤ والتلوث البيئي في العالم الثالث متعدد الأبعاد يمتد من لفاقة التبغ إلى عادم السيارات التي وجدت طريقها إلى شوارع العالم الثالث، بعد أن منعت دول المنشأ التصريح لها بالعمل، ومن معلبات الأغذية الفاسدة إلى مبيدات الحشرات ذات التكلفة الرخيصة التي يمكن أن تتمخض منها نتائج وخيمة بالنظر إلى سُميتها البالغة... وكل هذا تصرح بعض الدراسات أن الأغلبية الكبرى من البلدان النامية ليست لديها القدرات الأساسية للتعامل مع المخاطر البيئية⁽⁹⁾.

➤ فبالإضافة إلى الخطورة البيئية في البلدان النامية وتأثيرها على أمراض الفقر، هناك خطورة الأعمال التي يقوم بها من ناحية أخرى، كما أن انخفاض مستوى مقاومة الأمراض وارتباطه بالتعرض المستمر للظروف غير الصحية، فحالة الضعف أو الوهن الناجمة عن إصابة الفرد بمرض معين تجعله سريع التأثر بأمراض الأخرى مما يزيد مشكلة الصحة تعقيدا، ويضاف إلى هذا أيضا توصيل الخدمات الطبية الجيدة يرتبط أيضا بالتميزات البيئية، وبوجه عام نادرا ما تستطيع الجماعات الاجتماعية الفقيرة استشارة الأخصائيين كطبيب الأطفال أو طبيب الباطني أو طبيب العيون بالإضافة إلى أن تكاليف الخدمات الصحية مرتفعة نجد أن الرعاية التي تتلقاها تلك الطبقات رعاية محدودة⁽¹⁰⁾.

6. أمراض الفقر في الدول العربية

تجاوز تحسين معدل وفيات الأطفال في البلدان العربية ما شهدته البلدان النامية الأخرى في هذا المجال، فبين 1970-1975م كان معدل الوفيات الأطفال في المنطقة العربية 137 وفاة من كل ألف وليد حي مقارنة بـ 102 من الوفيات من كل ألف وليد حي في البلدان النامية. وبحلول الفترة ما بين 2005-2010م انخفضت نسبة وفيات الأطفال في المنطقة العربية إلى 44 وفاة من كل ألف وليد حي مقارنة بـ 52 وفاة من كل ألف وليد في البلدان النامية، لكن رغم هذا ما يزال هناك قلق فيما يخص وفيات الأطفال في الدول العربية أقل فقرا منها خاصة الصومال 110، جيبوتي 85، موريتانيا 73، السودان 69، اليمن 59. وعلى الطرف النقيض من هذه البلدان نجد نسبة منخفضة في قطر 8، الكويت 9، البحرين 10، ومن المتوقع أن يهبط المعدل الوسطي لوفيات الأطفال في المنطقة العربية إلى 17 وفاة من كل ألف وليد حي بين الفترة 2045-2050 م.

أما عن المعدل الوسطي للوفيات في الدول العربية فإن بلدان العالم كلها تقريبا شهدت انخفاضاً واضحاً في نسبة الوفيات بما في ذلك البلدان العربية، حيث تمكن 13 بلد عربي من بلوغ هدف البرنامج العلمي للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وهو الوصول إلى متوسط متوقع للعمر عند الولادة أعلى من 70 سنة بحلول الفترة ما بين 2005-2010م، وقد تجاوزت مصر والمغرب هذه العتبة في الفترة الواقعة بين هذين العامين، لكن من الناحية الثانية بقيت سبعة بلدان عربية بعيدة جداً من هذا الهدف، وهي جزر القمر جيبوتي، والسودان، الصومال، والعراق وموريتانيا واليمن. وثمة عوامل ساهمت في بقاء العمر المتوقع في هذه البلدان منخفضة. منها النزاعات العسكرية والسياسية، والأزمات الاقتصادية، وعودة أمراض معدية مثل الملاريا والسل، وكوليرا.

وتشير المعلومات المحدودة المتوافرة حول انتشار مرض نقص المناعة المكتسب "الأيديز" في المنطقة العربية إلى ما يقارب 38 ألف شخص كانوا يعيشون

حاملين فيروس هذا المرض عام 2007م. ومنهم أربعون ألف شخص كانوا قد التقطوا الفيروس حديثا، أما الذين توفر بسبب أمراض ذات علاقة به عام 2007 فبلغ عددهم 52000 شخص ، إذا استثنينا السودان فإن هذا الوباء يبقى محدودا نسبيا في المنطقة العربية. وثمة تضافرات متنوعة لعوامل الخطر مرتبطة بالوباء، وفي طليعة هذه العوامل ممارسة الجنس التجاري غير المحمي بأية وسيلة من الوسائل الوقاية فضلا عن استخدام حقن المخدرات الملوثة.

ومع نهاية 2008 كان هناك 10 آلاف شخص في المنطقة العربية يتلقون العلاج ضد الفيروس⁽¹¹⁾.

7. أمراض الفقر في الجزائر

تعتبر ظاهرة الفقر من أهم المشكلات التي يعاني منها المجتمع الجزائري و تضاربت الأرقام والإحصائيات سواء الرسمية منها وغير الرسمية حول النسب الحقيقية للفقر في الجزائر.

حيث شهدت الجزائر ارتفاع نسب الفقر منذ 1994 بعد تطبيق سياسات صندوق النقد الدولي بتحرير اقتصادها وخصخصة مؤسساتها وتسريح عشرات الآلاف من العمال، بالإضافة إلى موجة الإرهاب التي شهدتها البلاد في فترة التسعينيات، ونتيجة لانعدام الأمن فقد ازداد النزوح الريفي إلى الأحياء والمناطق الفقيرة في المدن مما ساهم في انتشار البطالة، الأمية، وضعف القدرة الشرائية بالإضافة إلى ضعف الخدمات الصحية.

ففي فترة التسعينيات انخفضت نسبة الفرد من الناتج الداخلي الخام من 2.400 دولار عام 1990 إلى 1784 دولار في سنة 2000 مع انخفاض بالدينار امتدت 12 بين 1990 و1995 وارتفاع قدره 8% بين 1995 و2000 أي انخفاض قدرة 3% سنويا (التقرير الأول حول أهداف التنمية الألفية الخاص بالجزائر، 2004، 11).

ولمعالجة هذه الإختلالات تم وضع إجراءات أطلق عليها اسم " الشبكة الاجتماعية " ترمي إلى تخفيف تدهور مستوى معيشة الفقراء، وقد سمح بتحليل قام به البنك العالمي بالنسبة للجزائر لإعداد أول قياس للفقير عام 1995 حسب التصنيف الدولي المعترف به والتي تعد نتائجها الأساسية كما يلي (البنك العالمي ، 1999، 32). 14% من السكان يعيشون دون عتبة الفقر، 5.7% منهم يشكلون فئة السكان الذين يعانون الفقر المدقع، وكان 22.6% من الجزائريين شديد والتأثر بأبسط تراجع في الظروف الاقتصادية وتشير هذه المعطيات إلى تدهور عام مقارنة بعام 1988 وهذا ما يوضحه الجدول التالي.

1995	1988	السنوات نوع الفقر
5.7	3.3	فقر مدقع
14.1	8.1	فقراء جدا (حد أدنى)
22.1	12.2	فقراء (حد أعلى)

- ✓ 70% من السكان الذين يعانون الفقر المدقع يعيشون في المناطق الريفية.
- ✓ 1.8% من الجزائريين يعيشون بأقل من دولار.
- ✓ يشترك الفقراء في المناطق الحضرية والريفية في بعض المميزات التي تبين أن الفقر لا يحدد فقط بمعيار الدخل وهي:
- ✓ حجم العائلة تفوق المعدل.
- ✓ معظم الفقراء يمتلكون مساكنهم.

✓ مستوى التربية والتدريس بين الـ 20% الأكثر اعوزاذا يبقى ضعيف
وبنسبة تسجيل الإناث في الثانوي 51% مقابل 55% بالنسبة للذكور.

✓ 20% من الفئات الأكثر اعوزاذا لهم رب عائلة غير متعلم.

✓ معظم الفقراء يعيشون في عائلات ربها مأجور في قطاع الفلاحة بالنسبة
للعائلات الريفية.

كما كشفت خارطة الفقر أن ثلاث أرباع بلديات البلاد تعاني نقصا
كثيرا مقارنة مع البلديات الـ 40 الأخرى في مجال البطالة وعدة مؤشرات أخرى
خاصة بالفقر لاسيما منها التجهيزات الجماعية والاجتماعية (برنامج الأمم
المتحدة للتنمية، 2001).

أما الفترة ما بين 2004-2006 حسب دراسة قام بها المركز الوطني
للدراست والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية أن نسب الفقر قد تراجعت إلى
5,7% مقارنة مع السنوات الماضية.

✓ كما وصلت الدراسة إلى أن 6.3% من عدد السكان في الجزائر الذين
كانوا يعيشون تحت خط الفقر الغذائي سنة 1988 نزل إلى 6.1% سنة
2004، بعد أن كان عدد الذين يعانون من مستوى فقر شامل نزل من
98.3 مليون جزائري سنة 1995 إلى 2.2 مليون سنة 2004 بالإضافة
إلى أن عدد الذين يعيشون بدولار واحد في اليوم أصبح ضعيفا 0.6% ما
يقابل 300 ألف أو 1000 ألف من مجموع الجزائريين فقط، بما أصبحت
المصاريف المعيشية للمواطن الجزائري تفوق دولارين في اليوم.

و قد اعتمدت هذه الدراسة على عينة تتكون من 5080 أسرة جزائرية
موزعة على مستوى 43 ولاية عبر التراب الوطني. و بينت أن الجزائر بعدما كانت
مصنفة ضمن البلدان الفقيرة أصبحت ضمن البلدان ذات مستوى تنموي
متوسط⁽¹²⁾.

و أرجعت دراسة لمعهد التخطيط العربي بالكويت هذا التراجع إلي أسباب عديدة منها ارتفاع أسعار النفط التي سمحت للحكومة انجاز العديد من المشاريع الكبرى والتي شملت عدة مجالات خاصة منها المجال الفلاحي والخدمات بالإضافة إلى ارتفاع مستويات التعليم وانتقال السكان من المناطق الريفية إلى المدن.

غير أن الواقع يثبت العكس فصور الفقر مجسدة و ظاهرة في صور عديدة أهمها زيادة انتشار الأحياء الفقيرة والمهمشة، انتشار ظاهرة التسول بأنواعه، والأخطر من كل هذا عودة الأمراض الدالة على الفقر أو ما تسمى بأمراض الفقر، فآلاف الجزائريين يموتون من أمراض تم القضاء عليها في الماضي ، ولكنها عادت لتضرب الجزائر بقوة، حيث أصبح الجزائريون عرضة لأمراض الفقر من جديد، كالتفويذ والسل والنهاب السحايا، فضلا عن الحمى القلاعية والكوليرا، والقائمة لا تزال طويلة، ما يطرح علامة استفهام كبيرة حول سبب عودة هذه الأوبئة في بلد يتربع قطاع الصحة فيه على عرش 1900 مليار، وعدم الحيلولة دون انتشارها.

وأظهر تقرير المنظمة العالمية للصحة حصيلة كاملة عن مدى انتشار أمراض الفقر، وحسب البيانات التي توصل إليها التقرير، سجلت الجزائر 11 حالة من الحمى القلاعية، وتطرق التقرير إلى ظاهرة انتشار الجرب في المدارس، حيث سجل ما لا يقل عن 1476 إصابة في ولايات الوسط الجزائري في البلديات والأحياء الفقيرة، وأرجع التقرير هذا الانتشار الكبير في الأوبئة، إلى التخلف التي تتخبط فيه الجزائر، وانعدام المرافق الصحية اللازمة وغياب إستراتيجية واضحة للحد من انتشار هذه الأوبئة.

كمرض السل الذي ازداد انتشاره بثلاث مرات مقارنة مع الفترة السابقة حيث تظهر ست حالات كل أسبوع وفي دراسة لنافتي رئيس الجمعية الجزائرية للأمراض التنفسية بين أن 10الاف جزائري مصابون بهذا الداء 60٪ منهم رجال و أوضح أن 70 بالمائة من حالات الإصابة في الجزائر تعود أسبابها إلى الظروف المعيشية السيئة . وفي بعض الأحيان نتيجة إهمال الجسم مما ينقص مناعته مما يؤدي

إلى عدم القدرة على مقاومة الفيروسات والميكروبات والجراثيم نتيجة سوء التغذية ، وفي بعض الأحيان تتحول الأنفلونزا والزركام إلى مرض السلّ وذلك نتيجة الإهمال وعدم الاهتمام بهذه الأمراض العارضة⁽¹³⁾ .

و رغم التحسن في المجال الصحي حيث تشير المؤشرات الصحية في الجزائر أن إجمالي الإنفاق على الصحة سنة 2001 بنسبة 4.1 من الناتج المحلي الإجمالي و9.9 من إجمالي الإنفاق العام و75 مصدرها القطاع العام. وارتفاع عدد الأطباء من 12 طبيب لكل 1000000 ن سنة 1970 إلى 85 طبيب في الفترة ما بين 1995_2002، في حين تزايد عدد السكان مقابل كل تزايد من 352 فرد سنة 1970 إلى 476 فرد خلال الفترة 1990-2002 9 التقرير الاقتصادي العربي الموحد سبتمبر 2005. فان الجزائر مازالت لحد الساعة تشهد تزايد كبير في أعداد المصابين بأمراض الفقر.

وحسب بيانات رسمية، تبين أن ما يقارب 144 شخصا أصيبوا بالتيفوئيد في الجزائر خلال سنة 2009. وأن أغلب المصابين من الفقراء والمعوزين، حيث تصل تكلفة علاج المصاب بداء التيفوئيد أكثر من 20 مليون سنتيم، أما فاتورة علاج مرضى السل، فتبلغ تكلفتها حسبما أوردته وزارة الصحة والسكان، ما يقارب 200 مليار سنتيم⁽¹⁴⁾ .

ويعتبر التخلف، الفقر، الإهمال وانعدام المرافق الصحية اللائقة وغياب سياسة صحية وقائية، من الأسباب الرئيسية لانتشار مثل هذه الأمراض في الدول التي تطرق لها التقرير الدولي.

كما أن سبب انتشار هذه الأمراض في المجتمع الجزائري هو غياب الثقافة الصحية والكشف الطبي المبكر الذي لا يكون إلا بعد استفحال المرض وصعوبة علاجه.

ومن أسباب تدهور الجانب الصحي قلة الإنفاق في هذا المجال، بالإضافة إلى تولي القطاع العام المسؤولية الرئيسية في تقديم الخدمات الصحية في أغلب الدول العربية

ورغم خطورة هذه الأرقام فإن الجهات المسؤولة لا تزال تتكتم عن الحديث عن هذه الأنواع من الأمراض وذلك بسبب ارتباطها بالفقر .

الخاتمة:

تشكّل أمراض الفقر جزءاً من حلقة الفقر المغلقة و التي تعتبر واحدة من أخطر المشكلات التي تواجه مجتمعاتنا العربية خاصة فهي تشكل واحدة من أكبر التحديات التي يجب على الجزائر الانتباه لها خلال هذه الفترة خاصة وأنها تشهد تنامي أعداد الفقراء على الرغم من توفرها على كافة الشروط المادية والبشرية لإحداث نهضة تنموية شاملة تستأصل الفقر من جذوره ، مما يجعل من ظاهرة الفقر تقفز إلى صدارة الأولويات في برامج الحكومات و الهيئات المسؤولة الطامحة إلى تحقيق تنمية مستدامة تكفل حداً محترماً من الحياة الكريمة خالية من الأمراض و الأوبئة لأبناء المجتمع .

❖ هوامش البحث

(1) ألن بدر نتج، محمد صابر، الفقر والبيئة الحد من دوامة الفقر، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، 1991، ص 10.

(2) نادية محمود عمر، السيد عمر، علم الاجتماع الطبي، المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 263.

(3) محمد علي محمد، سناء الخولي، وآخرين: دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، سنة 2011، ص 218.

(4) Organisation mondiale de la santé, Sommet africain sur les -maladies tropicales maladie, Bénin 30 mars-3 avril négligées :Lutte contre la pauvreté et la 2009.

(5) "Silencieuse", La malnutrition: causes, conséquences et solutions "L'urgence" La situation des enfants dans le monde 1998. Unicef.

(6) محمد الجوهري، علياء شكري، وآخرين: علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن، 2009، 1430، ص 130.

(7) علي عبد الرزاق جلي، حسن محمد حسن، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2000، ص 109.

(8) محمد الجوهري، علياء شكري، مرجع سبق ذكره، ص 131-136.

(9) فليب عطية، أمراض الفقر المشكلات الصحية في العالم الثالث، مجلة عالم المعرفة، العدد 161، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1998، ص 11-15.

(10) محمد على محمد وسناء الخولي وآخرين، مرجع سبق ذكره، ص 220.

⁽¹¹⁾ تقرير التنمية الإنسانية العربية - سلسلة أوراق بحثية 2010، المستويات السكانية وتوجهات المنطقة العربية وسياساتها: التحديات والإمكانيات المتاحة، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ص ص (14-16). www.arab-hdr.org/arabic/

، شبكة النبا المعلوماتية، 30 ⁽¹²⁾! عبد المالك حداد، أي مستقبل للفقراء في الجزائر.. www.annabaa.org تشرين الأول، 2006،

⁽¹³⁾ كسيرة لمياء، إصابة واحدة بالسل في الجزائر كل يوم، جريدة أخبار اليوم، 12 ديسمبر، 2011. <http://akhbarelyoum-dz.com>

⁽¹⁴⁾ أمراض الفقر قنبلة موقوتة تهدد حياة آلاف الجزائريين، جريدة النهار، يومية جزائرية، 06 أيلول 2009، <http://www.ennaharonline.com>

